

※田市定期予防接種費用免除申請書

申請者の情報を記入してください

(本人または同世帯のご家族)

※その他は委任状が必要です。

※別に送付先を指定する場合は、欄外に記入してください。

年 月 日

申請者 (〒)

住 所 半田市

フリガナ

氏 名

生年月日 年 月 日(歳)

雷千番号

希望する予防接種に○してください（複数可）

重者との続柄()

下記の事由により、**（インフルエンザ・高齢者肺炎球菌・新型コロナウイルス感染症・带状疱疹（生ワクチン）・带状疱疹（組換えワクチン１回目）・带状疱疹（組換えワクチン２回目）** 定期予防接種費用の免除を申請します。

については、市担当者が被接種者の住民登録情報、予防接種履歴情報及び免除条件の確認調査を行うことに同意します。

なお、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）第21条第1項の規定による情報提供ネットワークシステムを使用し、地方税関係情報の調査を行う場合の同意については、別紙のとおりです。

フリガナ			生年月日	年	月	日
被接種者氏名				(満	歳)	
			性 別	男 ・ 女		
住所（申請者と同じ場合は省略可）	半田市					
免除区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護受給世帯 ☐ その他市長が公益上の必要その他特別の理由があると認める場合					
接種予定日	年 月 日					
接種予定医療機関						

接種する方の情報を記入してください

未定であれば空欄でも可

職員確認印